**Резюме**

Магний, даже в виде сернокислой магнезии, вводимой внутривенно, обладает эффективной способностью устранять пароксизм мерцательной аритмии, возникающий у пациентов с острым алкогольным эксцессом. Наилучший эффект применения сернокислой магнезии наблюдается в сочетании с бета-адреноблокаторами и если к ним нет противопоказаний. Во всех случаях терапия проводилась в сочетании с введением хлористого калия. Обсуждаемая антиаритмическая терапия оказалась эффективной как в случае впервые развившихся приступов мерцательной аритмии, так и при длительном аритмическом анамнезе. Учитывая наш практический опыт применения сернокислой магнезии при тахиаритмиях в условиях скорой помощи на догоспитальном этапе, целесообразно внедрение описанного способа в широкую практику лечения пароксизмов мерцательной аритмии у больных АМКД.

**Литература**

1. Антоненко В.Д. Патогенез алкогольной кардиомиопатии // Вопросы кардиологии. — 1992. — N 2.— С. 79-85.
2. Антюфьев В.Ф., Костоусов А.Н., Шалаев В.А. Исследование количественных изменений K, Ca, Na и Mg в крови у работающих с обогащенным ураном и у перенесших острый алкогольный эксцесс // Уральское медицинское обозрение. — 1997. — N 4-5 (19-20). — С. 51-53.
3. Creenson A. The holidey heart electrophysiologie studies of alcohol effects in alcoholics // Ann. intern. Med. — 1998. — P. 135-139.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВОЗМОЖНОГО РИСКА ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТИРОВАННОГО ПРОПАФЕНОНА ПРИ АВ-УЗЛОВЫХ RE-ENTRY ТАХИКАРДИЯХ

**В.Ф. Антюфьев, Л.Н. Будкарь, Т.Л. Акатьева, Е.Г. Фокина**

На сегодня существует довольно большое количество препаратов, применяемых как антиаритмики, однако даже о тех, которые используются и изучаются более полувека мы знаем далеко не все, а об относительно новом пропафеноне и вовсе недостаточно для полного понимания и предвидения всех эффектов при применении этого препарата, тем более его таблетированного варианта [1, 2].

Целью нашего исследования явилась оценка протективного эффекта таблетированного пропафенона при АВ-узловых re-entry тахикардиях, влияния этого препарата на электрофизиологические пока-

затели сердца, выявление возможных осложнений, побочных эффектов и его проаритмического действия.

**Пациенты и методики**

Действие пропафенона изучено у 44 пациентов 18–55 лет с аритмическим анамнезом от 3 до 6 месяцев. Частота приступов была от 1 раза в неделю до 2 раз в сутки (2 пациента). Ранее принимаемые кордарон, финоптин, обзидан были неэффективны. Кроме комплексного кардиологического исследования до назначения пропафенона всем пациентам была проведена программированная компьютерная электрокардиостимуляция в чреспищеводном варианте с использованием аппаратуры УМЭКС-2 и персональной ЭВМ. Рассчитывали все общепринятые показатели электрофизиологии сердца, инициировали тахикардию и идентифицировали ее механизм. Все эти пациенты получали пропафенон в дозе 450–600 мг/сут. в неконтролируемом исследовании, то есть группы «плацебо» не было. Через 3 месяца полная программа электрофизиологического исследования была повторена у всех пациентов: как у тех, у кого имелся полный протективный эффект, так и у тех, кому меньше «повезло» и приступы хотя и стали реже, но повторялись. У всех пациентов оценивались протективный эффект пропафенона, принимаемого перорально, влияние хронического приема препарата на электрофизиологические показатели сердца, осложнения и побочные эффекты, а также проаритмические проявления хронического приема пропафенона.

**Результаты и их обсуждение**

При первичном ЭФИ сердца АВ-узловая тахикардия была инициирована у всех больных, механизм ее интерпретировался как re-entry. После начала приема пропафенона в суточной дозе 450–600 мг в течение следующего 1-го месяца приступов не наблюдалось у 37 человек, т .е. у 84 % пациентов; в течение 2-х месяцев — у 31 пациента, т .е. у 70% пациентов; в течение 3-х месяцев тахикардия не рецидивировала у 27 пациентов, т. е. у 61%. Таким образом, за наблюдаемый период протективный эффект убывает от 84 до 61%, хотя по данным имеющихся исследований остаточная концентрация пропафенона в плазме возрастает пропорционально сроку приема препарата. Основные электрофизиологические показатели сердца у этих же пациентов через 3 месяца изменились следующим образом: длительность синусного кардиоцикла увеличилась на 16,5% и в среднем составила 812,6 мс, т.е. ритм был около 75 уд/мин.; интервал PQ и AV увеличился на 26,5% и в среднем по группе составил 205,4 мс.; ВВФСУ изменилось крайне

мало — на 6% и составило 1270 мс; КВВФСУ у всех продолжало оставаться также в пределах референтных величин; в это же время ЭРП АВ-соединения увеличился на 20% и составил 324 мс против 270 мс в исходном состоянии; точка Венкебаха снизилась на 18% со 192 до 157,4 стим./мин.; максимальное время антероградного проведения по АВ-системе увеличилось на 28% и составило 281,6 мс. Таким образом, через 3 месяца хронического приема пропафенон практически не повлиял на показатели функции синусного узла. Значительно замедлил время антероградного проведения по АВ-системе и увеличил ЭРП, снизив пропускную способность АВ-соединения.

«Нежелательные» эффекты пропафенона распределились следующим образом. Через 1 месяц приема у двух пациентов появилось замедление проводимости до АВ-блокады I ст., у 1 — присоединилась блокада ножки пучка Гиса и у 1 пациента — появилась преходящая полная поперечная блокада, которая исчезла после отмены препарата и атропинизации больного. Через 2 месяца приема препарата замедление проводимости типа АВ-блокады I ст. регистрировалось у 5 человек (у 11,4%), а у 1 пациента появилась АВ-блокада II ст. Через 3 месяца новых нежелательных эффектов на проводимость не прибавилось.

В течение трех месяцев приема препарата у 3 пациентов (6,8%) проявился проаритмический эффект пропафенона, причем у всех он был одинаковым — появилась мерцательная аритмия, которой ранее не было. При этом у 1 пациента с непрерывно-рецидивирующей до 20 раз в сутки АВ-тахикардией установилась стабильная форма мерцательной аритмии с ЧСС = 80 уд/мин., и пациент оценил это как «благо». У двоих других присоединились приступы мерцательной аритмии, и они это как «благо» не оценили.

## Резюме

Пероральный прием пропафенона оказывает хороший протективный эффект у большинства пациентов с АВ-узловыми re-entry тахикардиями. При пероральном приеме пропафенона выявлены изменения электрофизиологических функций только для АВ-соединения, в то время как на основной источник ритма этот препарат существенного действия не оказывал. Побочные эффекты при приеме препарата на сердце проявляются в виде угнетения системы проведения вплоть до полной поперечной блокады, по нашим данным их количество нарастает до двух месяцев и далее не растет. Проаритмический эффект перорального приема пропафенона выражался в развитии мерцательной аритмии.

**Литература**

1. Hollmann M., Brodie E., Holtz D. Et al. — Investigations on the pharmacokinetics of propafenone in man. — Arzneimittel. — Forschung 33. — 1983. — P. 763-770 .
2. Rhein S., Huppertz F., Ayton B. — Propafenone. — Adis International. — Chester Eugland. — 1991. — 80 p.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РИСКА ВНУТРИВЕННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПАФЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ С АВ-УЗЛОВЫМИ RE-ENTRY ТАХИКАРДИЯМИ

**В.Ф. Антюфьев, Л.Н. Будкарь, Р.И. Бадаев**

Несмотря на то, что изучение пропафенона началось более десятилетия назад, этого недостаточно для полного понимания всех эффектов препарата [1, 2, 3]. Олсон был прав, когда писал, что эффекты антиаритмических препаратов всегда будут оставаться достаточно неожиданными и непредсказуемыми. Идеален был бы такой антиаритмик, который бы помогал пациентам с аритмиями, в основе которых лежат любые электрофизиологические механизмы от микрориентри до эктопической автоматической активности, с минимальными побочными эффектами и лишенным проаритмических свойств. Существование такого препарата, вероятно, также невозможно, как и существование философского камня.

Целью нашего исследования явилось изучение купирующего, протективного эффектов внутривенного введения пропафенона при reentry тахикардиях АВ-соединения (АВТ); оценка его влияния на электрофизиологические показатели сердца.

## Пациенты и методики

Действие пропафенона изучено у 36 больных с АВ-узловыми reentry тахикардиями. Первая группа состояла из 12 пациентов, 18–50 лет, поступивших в неотложном порядке в Аритмологический Центр г. Екатеринбурга. Пропафенон вводили внутривенно струйно в дозе 2 мг на кг массы тела на фоне ЭКГ-мониторирования. Вторую группу составили 24 мужчины 18–31 года, которым пропафенон применялся в тех же дозах во время планового электрофизиологического исследования в целях тестирования антиаритмических препаратов для подбора эффективного лечения. По частоте базового синусного рит-